

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il/la sig./sig.ra _____ (coll.scol. - docente - ass.amm.vo)
di scuola _____ (infanzia-primaria-sec. di primo grado) ha telefonato alle ore _____
per comunicare l'assenza per motivi di _____ dal _____ al _____
Riceve _____
Note _____

Timbro Protocollo

RISERVATO AL DIPENDENTE

Al Dirigente ISTITUTO COMPRENSIVO "FOLIGNO 1"

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___ (Barrare il quadratino relativo)
 Docente Sc. dell'Infanzia Sc. Primaria Sc. Secondaria I°
 Pers. A.T.A. D.S.G.A. Assistente Amm.vo Collaboratore Scolastico
con contratto a tempo DETERMINATO INDETERMINATO
in servizio presso la Scuola SECONDARIA DI PRIMO GRADO

CHIEDE n° _____ gg. Da ___/___/___ a ___/___/___ di:

- Ferie** : (Artt. 13 e 19 - CCNL 2006-2009) relative al corrente a.s. maturate e non godute nel prec. a.s.
- Festività Soppresse L. 937/77** (Art. 14 CCNL 2006-2009)
- Permesso Retribuito** (Artt. 15 e 19 CCNL 2006-2009) per:
 - Concorsi ed esami(T.I.)* *Lutto* *Particolari motivi pers. o familiari (T.I.)* *Matrimonio*
 - Partecipazione ad iniz. di formazione* **Legge 104/92**
- Assenza per visita medica oraria** Totale ore _____
- Assenza per visita medica giornaliera**
- Assenza per malattia** (Art 17 CCNL 2006-2009) **COVID**
- Assenza per gravi patologie** (Art. 17, c. 9 CCNL 2006-2009)
- Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro, personali e di studio** (Art. 18 CCNL 2006-2009)

- Astensione obbligatoria**, (Art. 12 CCNL 2006-2009) Data presunta parto _____
- Congedo Parentale 1 - 8 anni** (D. Leg.vo 151/26.3.2001) (1) (*)
- Congedo Malattia del figlio** (D. Leg.vo 151/26.3.2001) (1) (*)

SE VISITA MEDICA SPECIFICARE:
Luogo _____
Orario _____
Al rientro allegare Cert. Struttura Sanitaria (3)
 Barrare se Day Hospital

(1) Data Nascita Figli _____ Nome e Cognome _____

(*) A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art.4 L.15/68 che l'altro genitore _____ nato a _____ il _____ nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo perché:
 non è lavoratore dipendente pur essendo lavoratore dipendente presso _____ non intende usufruire dell'assenza per il motivo suddetto.
Firma Docente/ATA _____

Dichiaro inoltre il TOT. GG. GIA' FRUITI : PADRE _____

MADRE _____

Altro (indicare la disposizione di Legge) _____

(2) Durante l'assenza il proprio recapito è:

 sottoscritt dichiara di essere a conoscenza che, in caso di visita fiscale, dovrà garantire la presenza all'indirizzo risultante all'amministrazione dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 di tutti i giorni (D.P.C.M. n° 206 del 18.12.2009).

(3) **SI ALLEGA:** _____

Cert. Struttura sanitaria _____ /Specifica Visita effettuata (FIRMA)

Foligno li ___/___/_____

Il Dirigente Scolastico autorizza non autorizza _____

Foligno, li _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Paola Siravo